



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union Discipline Travail

# SYSTEME D'INFORMATION DE GESTION (SIG) DOSSIER INDIVIDUEL DU PATIENT

## Numéro Unique d'Identification

Code Etablissement	N° Site	Année	Numéro Client	

**DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE :** .....

**Région sanitaire :** .....

**District sanitaire :** .....

**Nom de l'établissement :** .....

**Code de l'établissement :** .....

**Nom du service :** .....

(Version Mars 2016)



Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique - Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire  
Sis au plateau, avenue Chardy, 3eme étage de l'Immeuble le Paris - 04 BP 341 Abidjan 04  
Téléphone : 20 22 60 43 / 45.36.82.74

# GUIDE D'UTILISATION

**Page de garde :**

**Numéro unique d'identification :** noter par ordre le code de l'établissement, le numéro du site, l'année en cours et le numéro du client dans l'espace indiqué

**Direction régionale de la Santé (DRS) :** il s'agit d'inscrire le nom de la région sanitaire concernée

**District sanitaire :** il s'agit d'inscrire le nom du district sanitaire concerné

**Nom de l'établissement sanitaire :** Il s'agit d'inscrire le nom de l'établissement

**Code de l'établissement :** Il s'agit d'inscrire le code de l'établissement

**Nom du service :** Il s'agit d'inscrire le nom du service concerné.

## I- FICHE ADULTE :

Cette fiche comporte les rubriques suivantes:

**Numéro client :** reporter le numéro d'identification unique de la page de garde

**Date d'admission sur le site :** écrire la date d'ouverture du dossier du client sur le site

**Ces deux informations sont obligatoires pour l'ouverture du dossier**

**SECTION I : Données sociodémographiques :** collecter l'information relative à chacun des items suivant ; Il s'agit de renseigner les informations récentes d'identification et de localisation sur le client. Le sexe, la date de naissance, le contact et l'âge à l'ouverture du dossier sont obligatoires.

## SECTION II : Test VIH/Sida

- ♦ **Information reçue :** Cet item permet de savoir si oui ou non le client a été informé de son statut sérologique, (noter ici si le client a été informé).

**SECTION III : Personne de soutien (à contacter) :** noter le contact de la personne informée du statut sérologique du client qui pourra éventuellement informer le médecin sur le devenir du client. Cette personne doit pouvoir venir chercher les médicaments du client au cas où celui-ci ne le peut pas.

## SECTION IV : Point d'entrée pour les soins.

- ♦ **Point d'entrée pour les soins :** Pour le nouveau client, il est important de savoir de quel point du système sanitaire vient le client : en conséquence, cochez pour chaque client une référence (porte d'entrée). Pour les Items médecine et pédiatrie il s'agit des services de consultation. cochez hospitalisation pour les hospitalisations tout service confondu.

## SECTION V : Antécédent ARV et/ou PTME

- ♦ **Antécédents ARV et ou PTME :** inscrire les informations sur les antécédents  
**ARV ou PTME :** si le client a déjà pris des ARV donner toutes les informations relatives. La date de démarrage et le régime du traitement sont à renseigner.

## SECTION VI : Autres antécédents

- ♦ **Autres antécédents :** inscrire les informations sur les autres antécédents. Ces informations proviennent du client ou de son résumé de dossier. L'entretien doit être poussé pour les recueillir

## II-FICHE ENFANT

Cette fiche diffère de la fiche adulte et comporte les items suivants:

### SECTION I : Données sociodémographiques

**Numéro client** : reporter le numéro d'identification unique de la page de garde

**Date d'admission sur le site** : écrire la date d'ouverture du dossier du client sur le site

**Ces deux informations sont obligatoires pour l'ouverture du dossier**

Il s'agit de renseigner les informations récentes d'identification et de localisation sur le client. Le sexe et la date de naissance ou l'âge à l'ouverture du dossier sont obligatoires.

**Les informations relatives au tuteur légal, au statut vaccinal et à la nutrition de l'enfant** : Ces informations concernent tous les enfants et pas seulement ceux nés d'une mère séropositive. Inscrive les informations sur le tuteur légal, les frères et sœurs, le statut vaccinal et l'état nutritionnel de l'enfant.

### SECTION II-a : Test VIH

**Noter les informations relatives au test VIH de l'enfant.**

**SECTION II-b : Données de l'enfant né d'une mère séropositive** : les informations spécifiques aux enfants exposés (**enfants nés d'une mère séropositive**) : cette partie concerne uniquement les enfants nés d'une mère séropositive. Inscrive toutes les informations spécifiques à l'enfant.

**Antécédents néonataux, médicaux et prophylaxie ARV de l'enfant** :

Inscrive les informations relatives aux antécédents de l'enfant.

## III-FICHE ADULTE ET ENFANT

Noter sur cette fiche les informations primordiales sur : **Le traitement anti rétroviral** (éligibilité, les différents régimes thérapeutiques, les substitutions et les motifs et le bilan biologique)

## IV-DÉPISTAGE FAMILLE

◆ **Code famille** : Inscrive le code famille du patient sous le format suivant :

Code établissement/ Numéro site/10001      pour la première famille du site

Code établissement/Numéro site/10002      pour la deuxième famille du site

◆ **Nombre de membre de la famille du client** : Inscrive le nombre personnes membre de la famille du client.

○ **Patient index** : la première personne d'une famille à être enrôlée dans les soins dans l'établissement.

- Inscrive une croix dans la case «oui» si le patient est l'Index;
- Inscrive une croix dans la case «non», si le patient n'est pas l'index;
- Si non, précisez le numéro du patient index.

o Nom des membres de la famille :

- inscrire le nom des membres de la famille
- inscrire une croix dans la case correspondant au lien avec le client index
- inscrire l'âge du membre de la famille du client index en mois ou en année
- inscrire une croix dans la case correspondant au sexe du membre de la famille du client index
- inscrire une croix dans la case correspondant au statut du membre de la famille du client index
- inscrire une croix dans la case correspondant à l'enrôlement du membre de la famille du client
- Si le membre de la famille du client index a été enrôlé dans les soins, inscrire son numéro unique d'identification

♦ **Bilans : Renseigner la date et toutes les constantes biologiques réalisées le long du suivi médical.**

**Les informations sont à renseigner en colonne.**

**Bilan initial : le premier bilan biologique après le dépistage du client**

**J0** représente la date du dernier bilan biologique fait avant le démarrage des ARV (dans certains cas le Bilan Initial peut correspondre au bilan à J0, dans ce cas répéter les mêmes informations).

**M1** correspond au bilan d'évaluation de certaines fonctions organiques fait à 1 mois après le début des ARV.

**M6** correspond au 6<sup>ème</sup> mois après le début des ARV ; ainsi de suite, M 12, M18...

## **V- FICHE DE SUIVI**

Cette fiche servira de tableau de bord pour le suivi du traitement du malade. Elle collectera ou résumera les informations à collecter à chaque visite à savoir :

- 1- **N° Patients** : inscrire le numero unique d'indentfication du patient
- 2- **Date d'enrôlement dans les soins VIH:** c'est la date à laquelle le client a commencé les soins VIH quel que soit le site
- 3- **Date du début du traitement** : c'est la date à laquelle le client a démarré les ARV pour la première fois
- 4- **La Durée depuis le début du traitement anti rétroviral** : Donner la durée en jour ou en mois depuis le début du traitement anti rétroviral
- 5 **Les constantes du jour** : renseigner ces différentes constantes à chaque visite du patient : Température en degré Celsius (°C), Tension artérielle en mmhg et le poids en (kg), indice de masse corporelle (IMC), le pouls
- 6- **Pathologies en cours ou survenue depuis la dernière visite** : noter les différentes Infections opportunistes (Ios) autres que la tuberculose présentées par le patient depuis la dernière visite

## a- Recherche active de la tuberculose

La recherche active de la TB se fait chez les PVVIH à l'enrôlement et à tous les rendez-vous de suivi en recherchant effectivement les éléments évocateurs d'une Tuberculose. **Cocher la ou les cases correspondantes aux signes retrouvés.**

### 0. Aucun signe retrouvé

1. **Toux persistante depuis au moins 2 semaines.**

2. **Fièvre persistante depuis au moins 2 semaines:**

3. **Amaigrissement : perte de poids involontaire >3kg au cours du dernier mois (adulte) et plus de 10 % du poids précédent (enfants)**

4. **Sueurs nocturnes :**

5. **Notion de contagage avec un tuberculeux ou un tousseur chronique**

6. **présence d'adénopathie (enfants)**

## b- Résultat de la recherche active de la tuberculose

- ❖ Cocher dans la colonne appropriée, la case correspondant au résultat retenu :
- ❖ Un client est dit « **Non suspect** », si la recherche active a été faite mais, il n'a été retrouvé aucun élément évocateur de tuberculose et aucun contagage.
- ❖ Un client est dit « **Exposé non suspect** », si la recherche active a été faite, il n'a été retrouvé aucun élément évocateur de tuberculose, mais il y a un antécédent d'exposition à la tuberculose (notion de contagage TB).
- ❖ Le client est dit « **Suspect TB et Référence** » si au moins un seul élément évocateur est retrouvé avec ou sans antécédent d'exposition à la tuberculose (notion de contagage). Ainsi, ce client suspect doit être si nécessaire référé pour investigation diagnostique de la tuberculose.

## c- Conclusion investigations diagnostiques

Cocher dans la colonne appropriée, la case correspondant à la conclusion obtenue

## d- Prise En Charge et Traitement (PEC et TTT)

Cocher dans la colonne appropriée, la case correspondant à la prise en charge à faire

## e- Résultats du traitement

Cocher dans la colonne appropriée, la case correspondant au résultat du traitement

**7- Les informations sur le cotrimoxazole :** cocher les cases selon le cas du client et noter la date de mise sous CTX.

**8- La survenue et le devenir d'une grossesse pour l'adulte:** en cas de grossesse cocher 1 dans la deuxième case et préciser la date probable d'accouchement dans la case en dessous. Si fin de grossesse, cocher la case correspondante au motif

**9- Allaitement :** cocher 0 si la patiente n'allait pas , 1 si allaitement en cours et préciser la date de début et d'arrêt dans les sous lignes

**10- Les informations sur les ARV :** cocher les informations en cas de traitement ARV . Sinon cocher les informations correspondantes à l'interruption du traitement ARV et la date.

**11- CD4 : donner les valeurs du CD4** en valeur absolue pour les adultes et en pourcentage pour les enfants et mentionner la date.

**Charge Virale :** inscrire la valeur de la charge Virale (copie/ml) ainsi que la date de la réalisation

**12- Le stade clinique :** indiquer le **stade clinique CDC** (N, A, B, C) pour les enfants et (A, B, C) pour les adultes et le stade clinique OMS (1, 2, 3, 4)

**13- L'état nutritionnel :** cocher la case correspondante à l'état nutritionnel

**14- Résultat de l'état nutritionnel** : cocher la case correspondante au résultat de l'état nutritionnel

**15- Aspects cliniques de Santé Positive, Dignité et Prévention :**

Les éléments ci-dessous énumérés sont les services cliniques à offrir dans le cadre de la Santé Positive, Dignité et Prévention : cocher le service offert

- Messages de prévention des IST/VIH/Sida,
- Offre de conseil dépistage aux partenaires et famille du PVVIH
- Prise en charge des IST
- Observance du traitement,
- Proposition de service de planification familiale,
- Distribution de préservatif

**Cocher : Oui** : si le paquet de service clinique de la Santé Positive, Dignité et Prévention est offert.

**Non** : si un élément du paquet de service clinique de la Santé Positive, Dignité et Prévention n'est pas offert.

**16- Date du prochain rendez-vous** : Mentionner obligatoirement la date du prochain rendez-vous

Abréviations des molécules			
<b>INRT :</b> 3TC = Lamivudine AZT = ZDV = Zidovudine FTC = Emtricitabine	<b>INRT :</b> ABC = Abacavir DDI = Didanosine TDF= Tenofovir	<b>INNRT :</b> NVP= Névirapine EFV = Efavirenz	<b>IP :</b> IDV = Indinavir LPV/r =Lopinavir/ritonavir R = Ritonavir SQV = Saquinavir

## FICHE ADULTE

Numéro unique d'identification : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ / Date d'admission sur le site : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

### Section I : Données sociodémographiques

Nom : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age \_\_\_\_ ans

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Religion:  Chrétien  Musulman  Animiste

Autre religion  Sans religion

Profession : \_\_\_\_\_

En activité  Au chômage  A la retraite

Population hautement vulnérable:  Oui  Non

Si oui, Type de population :  Population carcérale  Professionnel du sexe  HSH  UDI

Autre .....

Niveau d'instruction :  Non scolarisé(e)  Primaire  
 Secondaire  Supérieur

Situation matrimoniale :

Marié(e)  Concubinage  Célibataire

Veuf (ve)  Divorcé (e)

Conjoint(e) / Partenaire informé(e) :  Oui  Non

Conjoint(e) / Partenaire infecté (e) :  Oui  Non

Ne sait pas

#### Lieu d'habitation

Ville / Sous-préfecture : \_\_\_\_\_

Commune / Village \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_

#### Contact Téléphonique

Tél: / \_\_\_\_\_ / Cel: / \_\_\_\_\_ /

### Section II : Test VIH/SIDA

Date du test VIH : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu du test: \_\_\_\_\_

Résultat:  VIH-1  VIH-2  VIH 1+2

Date annonce : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Section III : Personne de soutien (à contacter)

Nom: \_\_\_\_\_

Prénoms: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: / \_\_\_\_\_ / Cel: / \_\_\_\_\_ /

### Section IV : Point d'entrée pour les soins

CDV  
 PTME  
 CAT ou CDT  
 Médecine  
 Pédiatrie  
 IST

Hospitalisation  
 Auto référence  
 OBC  
 Toxicologie  
 AES  
 Autres (préciser): \_\_\_\_\_

Référé avec résumé

Référé sans résumé

Date de référence \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Centre d'origine : \_\_\_\_\_

### Section V : Antécédents ARV et/ou PTME

ARV :  Oui  Non

Si Oui, date de démarrage : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Régime \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants vivants : |\_|\_|\_|

A bénéficié d'une PTME :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Non Applicable

Régime : \_\_\_\_\_

**Section VI : Autres antécédents**

**Contraception :**  *Oui*  *Non*

**Si oui,** méthode utilisée

Contraceptifs oraux  Contraceptifs injectables

Implants  Stérilets

Préservatifs masculins  Préservatifs féminins

**Cotrimoxazole :**  *Oui*  *Non*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : **Si Oui,** date de début

Traitement en cours  *Oui*  *Non*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : **Si Non,** date d'arrêt

**Tuberculose :**  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*

**Si Oui,** date dernier épisode : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Zona :**  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*

**Transfusion sanguine:**  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*

**Si Oui,** Nbre / \_\_\_\_ / Date de la dernière / \_\_\_\_\_ /

**Autres maladies chroniques :**

**Diabète**  **HTA**

**Autres : préciser** .....

## FICHE ENFANT

Numéro unique d'identification : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Date d'admission sur le site : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

### SECTION I : Données sociodémographiques

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénoms: \_\_\_\_\_  
 Sexe :  Masculin  Féminin  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_ Mois  
 Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Accouchement dans une structure sanitaire  oui  non  
 Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Scolarisation :  En cours  Déscolarisé  
 Non scolarisé  Non applicable  
 Si En cours, niveau:  Primaire  Secondaire 1<sup>er</sup> cycle  
 Secondaire 2<sup>nd</sup> cycle

Lieu d'habitation  
 Ville / Sous-préfecture : \_\_\_\_\_  
 Commune / Village \_\_\_\_\_  
 Quartier : \_\_\_\_\_  
 Tél: / \_\_\_\_\_ / Cel: / \_\_\_\_\_ /

#### Père

Nom et prénoms \_\_\_\_\_  
 Statut Vital :  Décédé  Vivant  Ne sait pas  
 Niveau d'instruction :  Non scolarisé  Primaire  
 Secondaire  Supérieur  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 En activité  Au chômage  A la retraite  Ne sait pas  
 Infecté :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Tél: / \_\_\_\_\_ / Cel: / \_\_\_\_\_ /

#### Mère

Nom et prénoms: \_\_\_\_\_  
 Statut Vital :  Décédée  Vivante  Ne sait pas  
 Niveau d'instruction:  Non scolarisé(e)  Primaire  
 Secondaire  Supérieur  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 En activité  Au chômage  A la retraite  Ne sait pas  
 Infectée :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Tél: / \_\_\_\_\_ / Cel: / \_\_\_\_\_ /

#### Tuteur légal

Nom et prénoms: \_\_\_\_\_  
 Statut vital :  Décédé  Vivant  
 Infecté :  Non  Oui  Ne sait pas  
 Niveau d'instruction :  Non scolarisé  Primaire  
 Secondaire  Supérieur  
 Profession :  En activité  Au chômage  A la retraite  
 Tél: / \_\_\_\_\_ / Cel: / \_\_\_\_\_ /

#### Statut Vaccinal

BCG  VPO 0  
 PENTA1  VPO 1  PNEUMO 1  
 PENTA2  VPO2  PNEUMO 2  
 PENTA3  VPO3  PNEUMO 3  
 Rougeole  Fièvre jaune

#### Alimentation de l'enfant

Type d'alimentation :  Alimentation de remplacement  Allaitement maternel exclusif  Diversification  Autres (préciser)  
 Date d'arrêt allaitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Section II-a : Test VIH

Date du test VIH : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Lieu du test: \_\_\_\_\_  
 Résultat:  VIH-1  VIH-2  VIH 1+2  
 Date annonce : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si Enfant né d'une mère séropositive renseigner SECTION II, si non aller à la SECTION III et IV

**SECTION II-b** : Données de l'enfant né d'une mère séropositive :

Mode d'accouchement :  Voie basse  Césarienne

Poids de naissance: / \_\_\_\_\_ / g

Taille à la naissance / \_\_\_\_\_ / cm

Périmètre crânien à la naissance / \_\_\_\_\_ / cm

APGAR / \_\_\_\_\_ /

La mère a-t-elle bénéficié d'une PTME pendant la grossesse ? :  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui : (régime à préciser) : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il reçu une prophylaxie ARV à la naissance ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, Régime : \_\_\_\_\_

L'enfant est-t-il sous

Cotrimoxazole :  Oui  Non  Non applicable

**SECTION III** : Point d'entrée pour les soins

- CDV
- PTME
- CAT ou CDT
- Médecine
- Pédiatrie
- IST

- Hospitalisation
- Auto référence
- OBC
- Toxicologie
- AES
- Autres: \_\_\_\_\_

Référé avec résumé

Référé sans résumé

Date de référence \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Centre d'origine : \_\_\_\_\_

**SECTION IV** : Antécédents médicaux

Tuberculose :  Oui  Non  Ne sait pas

Si Oui, date dernier épisode date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Zona :  Oui  Non  Ne sait pas

Transfusion sanguine:  Oui  Non  Ne sait pas

Si Oui, Nbre / \_\_\_\_\_ / Date de la dernière / \_\_\_\_\_ /

## ADULTES / ENFANTS

### Traitement antirétroviral

#### Dates :

\_\_ / \_\_ / \_\_ Eligible Stade OMS ou CDC / \_\_ /

Motif :  Clinique

CD4 (Nb ou %) / \_\_\_\_\_ /

Autre :

Précisez : .....

.....

\_\_ / \_\_ / \_\_ Eligible et prêt pour le traitement ARV

\_\_ / \_\_ / \_\_ Transféré de \_\_\_\_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_ Début du traitement ARV

#### Traitement 1<sup>ère</sup> ligne

\_\_ / \_\_ / \_\_ Début du traitement

Régime: \_\_\_\_\_

Poids / \_\_\_\_\_ / Kg

Score de Karnofsky / \_\_\_\_\_ /

Valide:  Ambulatoire:  Alité:

#### Substitution dans le cadre du schéma thérapeutique de 1<sup>ère</sup> ligne:

##### 1<sup>ère</sup> substitution

\_\_ / \_\_ / \_\_ Nouveau Régime \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_\_

##### 2<sup>ème</sup> substitution

\_\_ / \_\_ / \_\_ Nouveau Régime \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_\_

#### Traitement 2<sup>ème</sup> ligne

##### Passage au schéma thérapeutique de 2<sup>nd</sup> ligne

##### Date

\_\_ / \_\_ / \_\_ Régime \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_\_

##### Substitution dans le schéma de 2<sup>ème</sup> ligne

##### 1<sup>ère</sup> substitution

\_\_ / \_\_ / \_\_ Nouveau Régime \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_\_

##### 2<sup>ème</sup> substitution

\_\_ / \_\_ / \_\_ Nouveau Régime \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_\_

#### Traitement 3<sup>ème</sup> ligne

##### Passage au schéma thérapeutique de 3<sup>ème</sup> ligne

##### Date

\_\_ / \_\_ / \_\_ Nouveau Régime \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_\_

##### Substitution dans le schéma de 3<sup>ème</sup> ligne

##### 1<sup>ère</sup> substitution

\_\_ / \_\_ / \_\_ Nouveau Régime \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_\_

##### 2<sup>ème</sup> substitution \_\_ / \_\_ / \_\_ Nouveau

Régime \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_\_

#### Motif de substitution:

- 1 Toxicité/effets secondaires
- 2 Grossesse
- 3 Suspicion de grossesse
- 4 TB rechute
- 5 Nouveau médicament disponible
- 6 Rupture de stock de médicaments
- 7 Autre (spécifier)

#### Motif de changement de ligne thérapeutique:

- 8 Echec du traitement clinique
- 9 Echec immunologique
- 10 Echec virologique

# DÉPISTAGE FAMILLE

CODE FAMILLE : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ NOMBRE DE MEMBRE DE LA FAMILLE DU CLIENT : |\_|\_|

CLIENT INDEX : ☉ OUI ☉ NON

SI NON, PRÉCISEZ LE NUMÉRO DU CLIENT INDEX : .....

N° d'ordre	Nom des membres de la famille	Lien avec le client	Age	SEXE	Statut VIH	Enrôlé dans les soins ?	Si enrôlé, Numero d'identification
		1 Père/Mère 2 Enfant 3 Frère/sœur 4 Conjoint (e) 5 Autre					
1		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
2		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
3		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
4		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
5		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
6		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
7		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
8		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
9		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
10		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	

## BILANS

	Bilan Initial	J0	M1 (Patient sous NVP)	M6	M12	M18	M24	M30	M36	M42	M48
Date											
CD4											
Taux d'Hémoglobine (Hb)											
VGM											
GB											
Neutrophile											
Lymphocyte											
Plaquettes											
ALAT											
Glycémie à jeun											
Créatinémie											
Rx Poumons (1=Normal, 2=Pathologie pulmonaire 3=Cardiopathie)											
Charge virale											
Dépistage du cancer du col de l'utérus( 0= Pas de lésions suspectes 1= Présence de lésions suspectes)											
Protéinurie sur bandelette											

**J0 : Bilan pré-thérapeutique**

	M54	M60	M66	M72	M76	M82	M88	M94	M102	M108	M114	M120
Date												
CD4												
Taux d'Hémoglobine (Hb)												
VGM												
GB												
Neutrophile												
Lymphocyte												
Plaquettes												
ALAT												
Glycémie à jeun												
Créatinémie												
Rx Poumons (1=Normal, 2=Pathologie pulmonaire 3=Cardiopathie)												
Charge virale												
Dépistage du cancer du col de l'utérus( 0= Pas de lésions suspectes 1= Présence de lésions suspectes)												
Protéinurie sur bandelette												











## CLÔTURE DE DOSSIER

NUMERO du client : \_\_\_\_\_

### TRANSFERT

Si transfert du client, cocher la case :  Transfert

Et préciser la date du transfert : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ et le centre de destination : \_\_\_\_\_

### Confirmation VIH Négatif

Adulte / Enfant faux positif : Date du VIH négatif : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### DECES

Si décès du client, cocher la case :  Décès

Et préciser, la date du décès : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ et la cause : \_\_\_\_\_



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union Fait La Force